

令和 5年 2月 吉日

会 員 殿

(一社) 東京都トラック協会城東支部
支 部 長 浅 野 利 幸
労務厚生委員会
委 員 長 西 野 毅

令和 5年度健康診断「協和メディカル クリニック」のご案内について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、別途ご案内致しました、春の定期健康診断にてご紹介させて頂きました、「協和メディカルクリニック」における健康診断の受診につきまして、ご希望をされます場合には、下記にて予めお申し込みを頂きたく、お手配方宜しくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 診断日程：令和 5年 4月 1日（土）～令和 6年 3月30日（土）
上記期間中の月曜日～土曜日（祝祭日、年末年始除く）
2. 検診機関：医療法人社団 愛育会 協和メディカルクリニック
江東区北砂2-15-40 TEL 03-3648-4166
3. 申込方法：
 - ・受診を希望される場合には、必ず支部事務局宛にご連絡をお願い致します。追って、専用の申込書並びに検診日程表をお送り致しますので、受診希望日の10日前迄に、支部事務局宛FAX等にてお申込み下さい。
 - ・当日の受診者受付は午前中のみです。

※上記期限までに申込みを頂いていない場合、受診できないことがあります。
4. 診断内容・受診料金（消費税込）：別添資料をご参照下さい
 - （注1）集団検診では廃止致しました「Aコース」の設定もございます。但し受診にあたっては厚生労働省からの通達にご留意願います。
 - （注2）受診料金のお支払については、後日「協和メディカルクリニック」より直接ご請求させて頂きます。
 - （注3）東ト協本部より受診料の一部補助を予定しておりますので、支払終了後、支部事務局宛にお問合せ下さい。
5. 診断結果：検診機関より直接会員事業所に「健康診断結果のお知らせ」を郵送いたします。
 - ◎ 会場には駐車場がございませんので、他の交通機関をご利用下さい。
 - ◎ 申し込み、お問合せ先：城東支部事務局
電 話 03-3699-7083 FAX 03-3699-7098

診断内容及び料金

・ 協和メディカルクリニック用

<p>Aコース(A項目)健康診断 ※Aコースは下記年齢の内、医師の判断で一部内容を省略出来るとされた方のみのコースです。 (I) 34歳までの方 (II) 36歳～39歳までの方 1人当り4,400円(税込)</p>	<p>Bコース(A・B・E項目)健康診断 ※厚生労働省の通達により、原則として全員がBコースを受診して下さい。 1人当り10,000円(税込)</p>
<p>A項目(全員に共通)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①既往歴及び業務歴の検査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ③身長、体重、視力、聴力の検査 ④胸部X線検査 ⑤血圧の測定 ⑥尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無の検査) 	
<p style="text-align: right;">※Bコースのみ B項目=血液検査(9種類) E項目=心電図検査、腹囲検査</p>	
<p>・オプション検診(希望者のみ:Aコース・Bコースどちらの受診者も受診可能) ※ご希望の方は、ご希望の検査の記号を申込書に記入して下さい。</p> <p>(ア)眼底検査:眼底の血管を撮影し、視神経や網膜、網膜血管を評価 1人当り1,650円(税込)</p> <p>(イ)胃・十二指腸検査:胃癌のリスク健診としてペプシノーゲン・ピロリ菌の検査を血液検査で確認 1人当り4,620円(税込)</p> <p>(ウ)前立腺検査:前立腺癌の早期発見のため血液検査で確認 1人当り3,080円(税込)</p> <p>(エ)動脈硬化検査:心筋梗塞、脳梗塞のリスクを血液検査で確認 1人当り3,080円(税込)</p>	

※対象年齢は受診日で計算して下さい

協和クリニック:Aコース用 (34才までと36才~39才の方):注

(一社)東京都トラック協会城東支部 令和5年度検診受診申込書

会社名

住所

※受診料(オプション別):税込 @4,400円

連絡先

No.	オプション	(フリガナ) 氏名	男女	生年月日(才)	受診日	希望受付時間
1		()		()		
2		()		()		
3		()		()		
4		()		()		
5		()		()		
6		()		()		
7		()		()		
8		()		()		
9		()		()		
10		()		()		
11		()		()		
12		()		()		
13		()		()		
14		()		()		
15		()		()		
16		()		()		
17		()		()		
18		()		()		
19		()		()		
20		()		()		

※本紙が不足する場合はコピーしてお申し込み下さい

※別途オプション検診を希望される方は、氏名の前のオプション欄にご希望の記号を記入して下さい

注)本コースは上記対象年齢のうち、医師が血液、心電図、腹囲検査を省略出来ると判断した方のコースです

協和クリニック: Bコース用 (原則として全員がBコースを受診してください)

(一社)東京都トラック協会城東支部 令和5年度検診受診申込書

会社名

住所

※受診料(オプション別): 税込 @10,000円 連絡先

No.	オプション	(フリガナ) 氏名	男女	生年月日(才)	受診日	希望受付時間
1		()		()		
2		()		()		
3		()		()		
4		()		()		
5		()		()		
6		()		()		
7		()		()		
8		()		()		
9		()		()		
10		()		()		
11		()		()		
12		()		()		
13		()		()		
14		()		()		
15		()		()		
16		()		()		
17		()		()		
18		()		()		
19		()		()		
20		()		()		

※本紙が不足する場合はコピーしてお申し込み下さい

※別途オプション検診を希望される方は、氏名の前のオプション欄にご希望の記号を記入して下さい

※Bコース項目: Aコース項目+血液検査(9種)+心電図検査、腹囲検査